Aufnahmeantrag Mitglieds-Nr.

Name_____ Vorname _____

Strasse, Haus Nr. PLZ,Ort

_____ _____

Geburtsdatum _____

Tel.: _____

Geschlecht: W ◯ M ◯ E-Mail:_____

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Behinderten -und Rehabilitationssportverein Lörrach(BRSV) e.V. und möchte in folgender Sportgruppe teilnehmen.

BRSV Lörrach e.V.

Geschäftstelle

BRSV Lörrach e.V.
Mühlemattweg 1
79539 Lörrach
Tel:07621 70 95 95

e-mal: info@brsv-loerrach.de

1. Vorstitzender

Silvio Gern
Kandertalstr. 7
79599 Wittlingen
Tel.: 07621 12012
e-mail:info@brsv-loerrach.de

Internet

www.brsv-loerrach.de

Bankverbindung

Sparkasse Lörrach
IBAN: DE63 6835 0048 0001011337
BIC: SKLO DE66
Konto-Nr. 101 1337
BLZ 683 500 48

Rehabilitationssport

(bitte Sportgruppe ankreuzen)

		Abt.
◯	**Sport für Diabetiker** (Th.-Heuss-Realschule Lörrach Mo 17:00-18:00 Uhr) **ÜL G. Schmidt-Steininger**	**20**
◯	**Asthma/Lungensport** (ESV-Halle P.Willmannallee Weil Mi 16:30-17:30 Uhr) **ÜL Silvio Gern**	**21**
◯	**Asthma/Lungensport** (FES Blaue Halle, Commeniusstr. Lörrach, Mi 18:00-19:00 Uhr) **ÜL Silvio Gern**	**22**
◯	**Asthma/Lungensport** (Alte Halle Lö-Haagen, Do 10:30-11:30 Uhr) **ÜL Sandra Haubold**	**23**
◯	**Asthma/Lungensport** ((Alte Halle Lö-Haagen Do 11:30-12:30 Uhr) **ÜL Sandra Haubold**	**24**
◯	**Asthma/Lungensport** (Eichendorffhalle Lörrach Do 18:00-19:00Uhr)	**25**
◯	**Koronar/Herzsport** (Kreissporthalle. Lörrach Di 17:00-18:00 Uhr) **ÜL Bettina Reiff**	**31**
◯	**Koronar/Herzsport** (Kreissporthalle. Lörrach Di 17:00-18:00 Uhr) **ÜL Silvio Gern**	**32**
◯	**Koronar/Herzsport** (Eichendorffhalle Lörrach Do 17:00-18:00Uhr) **ÜL Antje**	**33**
◯	**Koronar/Herzsport** (Leopoldschulhalle Weil Di 16:30-17:30Uhr) **ÜL G. Schmidt-Steininger**	**34**
◯	**Fußball für Menschen mit geist. Behinderung** (Wintersbuckhalle Lörrach Mi 19:00-20:30Uhr) **ÜL Pasquale Gravino**	**50/55**
◯	**Gymn/Entspannung für Menschen mit geist. Behinderung** (Lebenshilfe Industriestr. 4, Mi 16:15-17:15 UHR) **ÜL Raimund Heinze**	**51**
◯	**Kegeln/Bowling für Menschen mit geist. Behinderung** (Impulsiv, Mi 17:00-18:00Uhr) **ÜL Gisela Kaiser**	**52**
◯	**Gymn/Entsp. für Menschen mit geist. oder körperl. Behinderung** (Leben + Wohnen Teichmattenweg 21 Mi. 17:30 -18:30) **ÜL Raimund Heinze**	**54**

Weitere Angebote

		PW
◯	**Wassergymnastik/Aqua-Fit** (ganzes Jahr Freibad und Hallenbad Do 19:50-21:00 Uhr))	14
◯	**Wassergymnastik/Aqua-Fit** (Hallenbad Lörrach September-April/ Mai - September Parkschwimmbad Do.19:50-21:00 Uhr)	**15**
◯	O Arzt O Sanitäter O Übungsleiter	
◯	**Passiv-Mitgliedschaft**	**P**

Interne Vermerke
(wird vom Verein ausgefüllt)
Eingang:
Be-Schrb:
Satzung:
SGP:
Künd:
K-Schrb:
Frist:

Aufnahmeantrag Mitglieds-Nr.

Ich bin behindert ◯ nicht behindert ◯ (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Der Grad meiner Behinderung wurde vom Versorgungsamt Freiburg festgelegt. (eventuell anderes VA eintragen)

_____ mit_____%

Meine Krankenkasse oder Träger _____ Vers.-Nr. _____

(Name, Ort, Versichertennummer der Krankenkasse oder des Trägers bitte eintragen)

Rehabilitationssport(Rehasport) wird lt. Rahmenvereinbarung vom 01.01.2011 von den Krankenkassen und anderen Trägern gefördert. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Ihre zuständige Krankenkasse oder Träger. Rehabilitationssport wird mit Vorgabe einer bestimmten Anzahl von Übungseinheiten verordnet. Die verordnete Anzahl muss in einem festgelegten Zeitraum genommen werden.

Ort, Datum_____ Unterschrift _____

(bei Minderjährigen die des gesetzlichen Vertreters)

Die Beiträge richten sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Behinderten-und Rehabilitationssportverein Lörrach e.V. bis auf Widerruf die Beiträge des o.g. Mitglieds jährlich mittels Lastschrift im Voraus zu Lasten des nachfolgenden Kontos einzuziehen.

IBAN: DE_____

BIC: _____

_____ _____

Name des Kontoinhabers Vorname des Kontoinhabers

_____ _____

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Name und Ort des Kreditinstitutes_____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die entstehenden Kosten gehen zu Lasten des Mitgliedes.

Ort, Datum_____ Unterschrift_____

(Kontoinhaber)

Datenschutzerklärung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Speicherung und vereinsbezogenen Weitergabe meiner personenbezogenen Daten wie: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Fotos, sportliche Leistungsergebnisse, Mannschafts- oder Abteilungszugehörigkeit an Verbände, Presse sowie zur Veröffentlichung auf der Homepage des Behinderten- und Rehabilitationssportvereins Lörrach e.V.
Es ist mir bewusst, dass bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Daten ein umfassender Datenschutz vom Behinderten- und Rehabilitationssportverein Lörrach e.V. nicht garantiert werden kann. Insbesondere können personenbezogene Daten unter Umständen auch in Staaten abgerufen werden, die keine vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen, wie sie in Deutschland gelten. Ebenso kann die Vertraulichkeit, die Integrität, die Authentizität und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert werden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen dem Vereinsvorstand gegenüber widerrufen kann.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte wenden!